

Déclaration de sinistre pour l'assurance frais d'annulation

Police no.	553048	sinistre no.		(rempli par Allianz)
1a. Indications sur la personne assurée				
Nom:			Prénom:	
Rue/no.:			NPA/lieu:	
Profession:			Date de naissance	
Téléphone privé:		Téléphone professionnel:		E-Mail:
1b. Renseignements pour règlement du sinistre (si possible joindre un bulletin de versement)				
Bénéficiaire de prestations:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	détenteur de la carte de crédit UBS	bureau de voyage
Compte bancaire:			n° clearing:	
Nom de la banque:			NPA/lieu:	
Détenteur du compte (nom, adresse):				
Compte de chèques postaux no.				
Avez-vous payé avec la carte de crédit UBS?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
N° de la carte UBS:			Date d'échéance	/
1c. Indications sur d'autres couvertures d'assurances				
Etes-vous assuré auprès d'une autre compagnie pour les frais d'annulation?			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, où?			n° de police	

2. Indications sur la raison de l'annulation				
Pourquoi le voyage a été annulé?	maladie <input type="checkbox"/>	accident <input type="checkbox"/>	décès <input type="checkbox"/>	grossesse <input type="checkbox"/>
Autre événement, <input type="checkbox"/>		lequel?		
Quelle personne a été concernée?				
Cette personne a-t-elle un lien de parenté avec le participant au voyage? Oui <input type="checkbox"/>				
Non <input type="checkbox"/>				
Si oui, lequel?				

3. Indications sur le voyage prévu (votre bureau de voyages vous aidera volontiers à remplir cette page)

Organisatuer du voyage/Tour-opérateur/Loueur:

Bureau de voyages/bureau d'émission:

Destination du voyage:

Durée du voyage: du _____ au _____

Date de la réservation définitive:

Date de la conclusion de l'assurance:

Date de l'annulation:

Combien des jours avant le début du voyage:

Veillez indiquer le nom de tous les participants au voyage qui ont annulé leur réservation:

1 Prénom/Nom _____ lien de parenté _____

2 Prénom/Nom _____ lien de parenté _____

3 Prénom/Nom _____ lien de parenté _____

4 Prénom/Nom _____ lien de parenté _____

Prix de l'arrangement Fr. _____ par personne x nombre de personnes = Total Fr.

Frais d'annulation Fr. _____ par personne = % x nombre de personnes = Total Fr.

4. Déclaration

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus ainsi que leur exhaustivité. Je prends connaissance du fait que je peux perdre mon droit à la prestation d'assurance si les informations fournies sont fausses, incomplètes ou contradictoires, même si cela ne porte pas préjudice à l'assureur. J'ai, par ailleurs, connaissance que pour évaluer son obligation d'assureur, ELVIA vérifie les informations que je fournis pour l'ouverture de mon droit. A cet effet, je délègue les médecins et leur personnel auxiliaire, qui sont mentionnés dans les documents que j'ai présentés ou qui ont été associés au traitement, de leur obligation de secret médical, et ce, même après mon décès. Cette levée du secret médical concernant un traitement antérieur ne s'applique toutefois que dans la mesure où ces informations sont nécessaires à la vérification de l'obligation de l'assureur.

Lieu, date

Signature de l'assuré (pour les mineurs son représentant légal)

Pour traiter le sinistre, nous avons besoin des documents suivants:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> copie de la police d'assurance | <input type="checkbox"/> conditions du contrat de l'organisateur du voyage (Tour-opérateur) |
| <input type="checkbox"/> facture de l'arrangement réservé/confirmation de reservation faite à l'origine | <input type="checkbox"/> UBS facture de carte de crédit, preuve d'utilisation de la carte de crédit pour le paiement du voyage |
| <input type="checkbox"/> décompte frais d'annulation | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> certificat médical avec diagnostic | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Acte de décès/faire-part de décès | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> conditions contrat vendeur du voyage (Bureau de voyages) | <input type="checkbox"/> _____ |

À remplir par l'Allianz

No de sinistre

Date de liquidation

accepté

Fr.

refusé